

**¿ CÓMO PUEDE PONERSE EN CONTACTO CON
NOSOTROS PARA EJERCER SUS DERECHOS O
PARA PONER UNA QUEJA?**

Por favor, llámenos o escribanos si desea hacer uso de sus derechos de privacidad explicados en este Aviso, o si cree que no se ha protegido su privacidad y desea presentar una queja. La dirección es:

Privacy Officer
CA Department of Health Services
P.O. Box 997413, MS 0010
Sacramento, CA 95899-7413
(916) 445-4646 o (877) 735-2929 TTY/TDD

También puede escribir o llamar para presentar una queja al **Privacy Officer**, CA Department of Health Services, a la dirección y al número de teléfono indicados anteriormente. También puede ponerse en contacto con la U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, 50 United Nations Plaza Room 322, San Francisco, CA 94102, llamando al número (800) 368-1019. O puede llamar a la U.S. Office for Civil Rights o al 866-788-4989 TTY/TDD.

DHS/TMP puede hacer nada que pueda perjudicarle si presenta una queja o utiliza los derechos de privacidad presentados en este Aviso.

Si tiene alguna pregunta sobre este Aviso, o si desea más información, póngase en contacto con el Privacy Officer, California Department of Health Services, escribiendo o llamando a la dirección y al número indicados anteriormente.

**CAMBIOS AL AVISO DE NORMAS DE
PRIVACIDAD**

DHS/HDAP debe obedecer las normas indicadas en este Aviso a partir del 14 de abril de 2003. Nosotros tenemos el derecho de cambiar nuestras normas de privacidad y utilizarlas con todos los documentos del programa, pero si hacemos algún cambio, volveremos a escribir este Aviso, y le enviaremos una copia inmediatamente.

Para obtener una copia de este aviso en otros idiomas, en Braille, en letra grande, en audiocassette o en disquete de computadora, por favor llame o escriba al Privacy Officer, al número y la dirección indicados en anteriormente.

**California
Department of Health Services**



**Programa de pruebas
de diagnóstico del
VIH**

**AVISO DE LAS
NORMAS DE
PRIVACIDAD**

VIGENTE A PARTIR DEL 14 DE ABRIL DE 2003

**ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO PUEDE
UTILIZARSE Y HACERSE PÚBLICA SU
INFORMACIÓN MÉDICA, Y CÓMO PUEDE
OBTENER USTED ACCESO A ESTA
INFORMACIÓN.**

**POR FAVOR, REVISE DETALLADAMENTE
ESTA INFORMACIÓN.**

◀◀◀ IMPORTANTE ▶▶▶

**DHS/TMP NO TIENE COPIA
COMPLETA DE TODOS SUS
DOCUMENTOS MÉDICOS. SI DESEA
VER, OBTENER UNA COPIA O
CAMBIAR SUS DOCUMENTOS
MÉDICOS, POR FAVOR PÓNGASE
EN CONTACTO CON SU MÉDICO, SU
CLÍNICA O SU PLAN DE SALUD.**

El Departamento de Servicios de Sanidad (DHS) y el programa de pruebas de diagnóstico del VIH (el TMP) pagan alguna o algunas de sus pruebas de laboratorio. DHS/TMP deben cumplir con las leyes que protegen su información. El programa reúne información sobre usted, no identificatoria, para pagar a los laboratorios por las pruebas. Tenemos la obligación de darle a usted este Aviso legal sobre sus derechos e indicarle cómo utilizamos y distribuimos su información médica.

CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DISTRIBUIR LA INFORMACIÓN

DHS/HDAP utiliza y distribuye la información que tiene sobre usted, sin identificarle. Se trata de información como los medicamentos de VIH que toma e información personal como por ejemplo, ingresos, sexo, código postal, raza y etnicidad.

Utilizamos y distribuimos su información por los motivos siguientes:

- ♦ **Para hacer pagos:** DHS/TMP y las personas que colaboran con nosotros aprueban y pagan los gastos por las pruebas de laboratorio. Para ello, reciben información limitada de los laboratorios que presentan factura por analizar las pruebas que les envía su médico.
- ♦ **Para operaciones de asistencia sanitaria:** DHS/TMP puede utilizar la información que reciben para manejar el programa, en casos de auditoría, y en la planificación y administración general del programa.

OTRAS FORMAS EN QUE PODEMOS DISTRIBUIR SU INFORMACIÓN

La ley también permite que DHS/TMP utilice o distribuya información sobre usted, no identificatoria, en los siguientes casos:

- ♦ Para estudios de investigación que cumplan con los requisitos legales de privacidad, como por ejemplo, estudios de investigación sobre la prevención de enfermedades
- ♦ A agencias que manejan el sistema de asistencia sanitaria, para auditorías e investigaciones
- ♦ Al gobierno federal, cuando quiere comprobar si el programa está cumpliendo con las leyes de privacidad
- ♦ Para reunir información que ya no se puede relacionar con usted
- ♦ Cuando lo requiere la ley

Algunas leyes estatales limitan la distribución de esta información. Por ejemplo, hay leyes especiales que protegen la difusión de información sobre VIH/SIDA, tratamiento de salud mental, discapacidades de desarrollo y asistencia por abuso de alcohol y drogas. El programa cumple con estas leyes.

CUANDO SE NECESITA AUTORIZACIÓN POR ESCRITO

Antes de utilizar su información personal por razones no indicadas anteriormente, DHS/TMP deben obtener su autorización por escrito. Si usted da permiso para que se utilice o se comunice su información médica por otros motivos, lo puede retirar por escrito en cualquier momento.

¿CUÁLES SON SUS DERECHOS LEGALES DE PRIVACIDAD?

- ♦ Usted tiene derecho a pedir que no utilicemos o distribuyamos la información sobre su salud en los casos indicados anteriormente. Pero puede que no podamos respetar sus deseos.
- ♦ Usted tiene derecho a pedir que sólo nos pongamos en contacto con usted por escrito, escribiendo a una dirección diferente, a un apartado de correos, o por teléfono. Aceptaremos cualquier solicitud razonable si es por razones de seguridad.
- ♦ Usted y sus representantes legales tienen derecho a ver y obtener una copia de la información que el Departamento tiene sobre usted. Como DHS/TMP no tienen la información por el nombre del paciente, tendrá usted que ponerse en contacto con su proveedor de salud para obtener copias de la información médica de las pruebas de laboratorio y de cualquier otra información sobre lo que haya pagado el TMP.

Por favor, tenga en cuenta que estos son sus derechos legales según las leyes federales de privacidad. DHS/TMP no recibe su nombre ni ninguna otra información que pueda identificarle. Nosotros no podemos escribirle o llamarle para darle información sobre sus servicios de laboratorio relacionados con el TMP. Si desea obtener copias de la información de las pruebas por las que paga este programa, por favor llame o escriba a su médico o a su proveedor de salud.

- ♦ Si cree que la información que tenemos sobre usted es incorrecta, usted tiene derecho a pedir a su proveedor de salud que cambie los datos. Si la información está correcta y completa, puede que el proveedor se niegue a cumplir su petición. Si se niega su petición, usted puede escribir una carta indicando que no está de acuerdo con esa decisión, y la carta se guardará en su historial.
- ♦ Usted tiene derecho a obtener una copia escrita de este Aviso de Prácticas de Privacidad cuando lo solicite.